

経理 5

伺年月日： 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係長	係

事業所記号：

令和 年 月 日

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

所在地

事業所 名称

代表者

印

事業所名称変更に伴う受入銀行等変更届

事業所名称変更に伴い（ 受領口座名義 ・ 受領印の変更 ）を下記のとおり変更しますので、お届けいたします。

記

変更年月日： 年 月 日

銀行名	口座番号		名義
(銀行コード :) 銀行	普通		(漢 字)
(支店コード :) 支店	当座		(カガナ)

【留意事項】

受領印の変更の場合は、(経理 2) 印鑑票 1 通を添付してください。

以 上